

Questa richiesta integra una **dichiarazione sostitutiva di certificazione** (ex D.P.R. 445/2000) per cui dovrà essere firmata e **corredata da copia del documento di identità del dichiarante**. Qualora trasmesso per email, il modulo e gli allegati dovranno essere in formato pdf. Ogni allegato non dovrà superare la dimensione massima di 20 MB. Il sottoscritto, consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara - sotto la propria responsabilità - quanto segue.

### IDENTIFICATIVI DELLA FORNITURA

codice servizio (obbligatorio)

codice cliente (obbligatorio)

### INTESTATARIO UTENZA (COME DA BOLLETTA)

cognome e nome

ragione sociale

codice cliente

### RICHIEDENTE

cognome e nome

partita iva

codice fiscale

nato/a a

/ /

il

indirizzo di residenza (via e numero civico)

( )

comune di residenza

prov.

cap

tel / cell

e-mail

### DICHIARA QUANTO SEGUE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del d.P.R. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazione mendace

### IN QUALITÀ DI

- ☐ Intestatario utenza ☐ Legale rappresentante ☐ Unico erede dell'intestatario utenza
- ☐ Non unico erede dell'intestatario e di essere autorizzato/a da tutti gli altri eredi (sottoelencati)

### Da allegare: documento d'identità dell'intestatario o degli eredi richiedenti

	( )		
cognome e nome	indirizzo di residenza (via e numero civico)	prov.	cap
	( )		
cognome e nome	indirizzo di residenza (via e numero civico)	prov.	cap
	( )		
cognome e nome	indirizzo di residenza (via e numero civico)	prov.	cap
	( )		
cognome e nome	indirizzo di residenza (via e numero civico)	prov.	cap

	( )
<b>cognome e nome</b>	indirizzo di residenza (via e numero civico) prov. cap
	( )
<b>cognome e nome</b>	indirizzo di residenza (via e numero civico) prov. cap

### CHIEDO IL RIMBORSO DELLA/E BOLLETTA/E SOTTOELENcata/E

	/ /	€
numero bolletta	del	importo
	/ /	€
numero bolletta	del	importo

**Autorizzo** ad accreditare l'imposto tramite bonifico sul conto

☐ A me intestato

☐ Intestato a

PAESE	CHECK DIGIT	CIG	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

### INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Per le finalità connesse all'esecuzione della presente richiesta, i Suoi dati personali verranno trattati da Azienda Gardesana Servizi S.p.A., titolare del trattamento, in conformità con quanto stabilito dal Regolamento (UE) 2016/679 generale sulla protezione dei dati ("GDPR") e dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali. Il suddetto trattamento verrà svolto secondo le modalità descritte nell'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR consultabile al sito [www.ags.vr.it](http://www.ags.vr.it).

### FIRMA PER CONFERMA E ACCETTAZIONE

**Data**

/ /

**Firma**



allegare doc. identità e codice fiscale

### MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DELLA RICHIESTA

#### Sportelli di:

- Peschiera del Garda: Piazza Controbastioni di Porta Brescia
- Affi: Via Crivellini, 7 (piano secondo)



Accesso consentito **solo su appuntamento**

Per prenotare: **Numero Verde 800905559** oppure **online cliccando qui**



**E-mail:** [pagamenti@ags.vr.it](mailto:pagamenti@ags.vr.it)



**Per lettera** all'indirizzo: Via 11 Settembre, 24, 37019 Peschiera del Garda (VR)



Accedendo all'area "servizi online" del sito [www.ags.vr.it](http://www.ags.vr.it)